

**Ricerca di soggetti disponibili a supportare attività aziendali mediante contratti di sponsorizzazione o liberalità**

Bando di riferimento:

**P16 deliberazione n. 1350 del 03/10/2013**

Tipologia di riferimento:

**P16-03 “Sostegno ad attività di sperimentazione studio, ricerca e sviluppo in campo medico scientifico, clinico, di perfezionamento – formazione e ottimizzazione dei processi aziendali;”**

**Scheda di progetto P16-03.08**

Data di emissione	
Titolo	<b>“Gestione della diagnosi precoce, induzione e mantenimento della remissione nelle poliartriti croniche”</b>
Periodo riferimento	Maggio 2014/ Maggio 2015
Struttura proponente	<b>USSD Reumatologia della A.O. Papa Giovanni XXIII</b>
Responsabile progetto	<b>Dott. Massimiliano Limonta</b> Direttore USSD Reumatologia Tel. 035 2673367 / e-mail: <a href="mailto:mlimonta@hpg23.it">mlimonta@hpg23.it</a>
Fasi e tempi di realizzazione stimati	1 anno rinnovabile
Collaborazioni con altre strutture aziendali o altri soggetti esterni	Collaborazione con UO Cardiologia; UO Dermatologia; UO Ortopedia
Risorse Professionali	Medico
Strumentazione	Nessun supporto strumentale aggiuntivo richiesto.
Finanziamento richiesto	Euro 30.000 / anno rinnovabili

Criteri ed indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi	Rapporti semestrali e valutazione del raggiungimento degli obiettivi
Contropartita per i finanziatori	Non prevista
<b>APPENDICE</b>	
Descrizione progetto	<p><b>Premessa</b></p> <p>Le poliartriti croniche (Artrite reumatoide, Artrite psoriasica, Spondilite anchilosante, Artriti enteropatiche) sono un gruppo di malattie infiammatorie croniche che inducono distruzione poliarticolare, disabilità permanente e riduzione dell'aspettativa di vita. Hanno una prevalenza nella popolazione generale stimata in circa l'1%, con una predominanza per il sesso femminile. Sono malattie croniche e ad elevato impatto socio-economico; il loro costo sociale è progressivamente incrementato dalla evoluzione della disabilità. Il danno poliarticolare, da cui dipende la disabilità, è caratterizzato da distruzione della cartilagine articolare, erosione ossea, coinvolgimento tendineo con esiti permanenti anchilotici o sub-anchilotici. Questo processo a carico delle articolazioni si instaura già nelle prime fasi di malattia ed è irreversibile. E' oggi appurato che iniziare precocemente una terapia anti-reumatica con farmaci in grado di interferire con i meccanismi patogenetici immunologici che automantengono l'infiammazione, può determinare arresto o ritardo dell'evoluzione del danno anatomico. Intraprendere fin dall'esordio una aggressiva terapia anti-reumatica consente di prevenire, nel lungo termine, la disabilità e quindi di ridurre i costi sociali di queste malattie e ripristinare una normale attesa di vita.</p> <p>Da quanto esposto si evince l'importanza della diagnosi precoce. Perseguire la diagnosi precoce, impostare una terapia anti-reumatica di induzione della remissione con farmaci immunosoppressori/immunomodulatori, consolidare e sorvegliare la remissione e le possibili complicanze delle terapie, monitorare e trattare le frequenti manifestazioni extraarticolari (cutanee, cardiache, oculari),, prevenire la disabilità e il danno cardiovascolare da infiammazione cronica, responsabile della riduzione dell'aspettativa di vita, implica il coinvolgimento di molteplici figure sanitarie, coordinate tra loro in un unico progetto assistenziale.</p> <p>Il progetto si propone di riportare anche sul territorio, con maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, l'assistenza routinaria ai malati di poliartrite già diagnosticata e in buon controllo clinico e di riservare al centro specialistico la gestione dei casi, o delle fasi di malattia (relapse artritici), che necessitino di maggiore specializzazione. Abbiamo individuato 3 momenti cruciali, nel decorso di queste malattie, dove lo specialista reumatologo del Centro dedicato è determinante nella gestione ottimale del malato:</p> <p><b>Sezione I:</b> la diagnosi precoce e la gestione della terapia di induzione e mantenimento della remissione.</p>

**Sezione II:** le terapie con farmaci biologici a solo impiego ospedaliero nei casi resistenti alle terapie convenzionali

**Sezione III:** la gestione multidisciplinare (Reumatologo, Ortopedico, Fisiatra) dei pazienti con poliartrite ad evoluzione invalidante e dei pazienti con manifestazioni extraarticolari (Dermatologo, Cardiologo, Oculista).

### **Razionale e vantaggi del progetto**

La prevenzione della evoluzione del danno articolare, mediante la diagnosi e terapia precoce, contribuisce in modo determinate alla prevenzione della disabilità e dei costi sociali da essa dipendenti (ricoveri ordinari di tipo medico e/o chirurgico, prestazioni ambulatoriali, pensioni sociali, assegni di accompagnamento, perdita di capacità lavorativa del paziente e del care driver). Inoltre la remissione consolidata si traduce in minor consumo di farmaci e in minore comorbidità secondaria anche agli effetti indesiderati a lungo termine dei medesimi. Si pensi al ridotto impiego di cortisonici e aninfiammatori non steroidei (FANS) e quindi alla ridotta incidenza di osteoporosi, diabete mellito, gastriti/ulcere, ipertensione, con riduzione del fabbisogno di farmaci concomitanti. Infine la remissione dell'artrite si traduce in una ridotta necessità di prestazioni ambulatoriali e ricoveri ospedalieri nel lungo termine. A remissione raggiunta e consolidata vengono ridotte le visite specialistiche e il paziente torna ad essere gestito direttamente dal proprio medico di medicina generale (MMG) fermo restando la possibilità di rivalutazione specialistica in caso di ripresa artrite. Il superamento del "passaggio in cura a vita" dei pazienti, riducendo il carico assistenziale dell'ambulatorio specialistico di riferimento, permette di ricollocare risorse specialistiche ospedaliere da destinarsi alla riduzione dei tempi di attesa per le prime valutazioni e per l'attività di secondo livello. Per attività di secondo livello, ove è richiesto maggior grado di specializzazione, si intende la gestione delle terapie con farmaci a solo impiego ospedaliero e la gestione multidisciplinare plurispecialistica del paziente artritico.

Il modello proposto si articola in **fasi successive** dove le diverse figure assistenziali trovano un ruolo differente ma integrato:

#### **Fase della diagnosi precoce**

Viene considerata precoce la diagnosi raggiunta entro 6-8 mesi dall'esordio dei sintomi (finestra di opportunità).

**Il paziente** deve essere indotto a non sottovalutare i sintomi di esordio dell'artrite e a non ricorrere all'automedicazione che potrebbe ritardare la diagnosi (campagna informativa e prevenzione)

**Il medico di medicina generale** è la prima figura assistenziale a cui si rivolge il paziente con i primi sintomi di artrite. A lui compete il sospetto diagnostico, mediante l'osservazione diretta dei segni artritici (tumefazione/calore di 3 o più articolazioni, rigidità prolungata delle mani al risveglio mattutino, dolore notturno della colonna e rigidità che migliorano con il movimento), l'esecuzione dei primi accertamenti laboratoristici di primo livello (VES, PCR, anti-CCP, fattore reumatoide, ANA, routine generale) e la possibilità di invio agevolato del

ALLEGATO A

	<p>paziente allo specialista reumatologo quando sussistano i precedenti requisiti.</p> <p><b>Lo Specialista Reumatologo.</b> All'esordio di una poliartrite la diagnosi non è agevole e necessita di un elevato grado di esperienza e competenza. Al reumatologo compete la responsabilità della diagnosi certa e differenziale, mediante l'esecuzione di accertamenti di secondo livello (indagini radiologiche, esami completi per autoimmunità e diagnosi differenziale). In questa fase la poliartrite può presentare un decorso fluttuante determinato da alternanza tra fasi artritiche e remissione spontanea, rendendo difficoltosa la diagnosi certa e necessitando pertanto di non programmabili rivalutazioni specialistiche. Deve essere fornita al medico di medicina generale l'opportunità di una sollecita rivalutazione specialistica in caso di modifica del quadro clinico (agenda dedicata).</p> <p><b><u>Fase della induzione e consolidamento della remissione</u></b></p> <p>Vengono impiegati farmaci anti-reumatici in accordo alle linee guida internazionali e sulla base di fattori prognostici (clinici, di laboratorio, radiologici) in grado di fornire indicazioni sulla futura evoluzione dell'artrite. La remissione viene definita dall'assenza di sintomi e segni di artrite, infiammazione rilevata sui parametri di laboratorio (VES e PCR), assenza o non progressione del danno anatomico articolare valutato radiologicamente. In questa fase, per la necessità di monitoraggio frequente dei pazienti, ove è spesso prevista una modulazione della terapia, si può prospettare un passaggio in cura al reumatologo del Centro che riferisce al medico di medicina generale di ogni valutazione anche mediante l'informatizzazione in rete dei referti ambulatoriali.</p> <p><b><u>Fase della gestione a lungo termine del paziente</u></b></p> <p>Ottenuta e stabilizzata la remissione o un basso grado di attività di malattia, il paziente sarà seguito nel follow-up prevalentemente dal medico di medicina generale, il Centro specialistico programmerà controlli almeno annuali (agenda dedicata ai pazienti in remissione). Il medico di medicina generale potrà comunque avvalersi del Centro specialistico in caso di ripresa artritica o di problematiche legate al trattamento in atto (agenda dedicata).</p> <p>La disponibilità di un <b>Centro multispecialistico integrato di secondo livello</b> (cardiologo, ortopedico, dermatologo, fisiatra) rappresenterà per il medico di medicina generale una risorsa per quei casi che, come spesso accade, necessitano di prestazione pluri-specialistica, senza frammentazione del percorso terapeutico del paziente.</p>
<p>Obiettivi del progetto</p>	<p>Scopo del presente progetto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosi precoce e induzione della remissione nelle poliartriti croniche;</li> <li>2. Approccio multidisciplinare al pz affetto da poliartriti croniche</li> </ol>